**Pilotage programmatique**

**Fiche de référence indicateur**

**[Programme]** santé

**[Résultat]** R1 : La disponibilité et l’utilisation (couverture efficace) des services de soins de santé essentiels de bonne qualité en SMNI et nutrition avec un focus sur la SP sont améliorées.

|  |  |
| --- | --- |
| Titre de l’indicateur | 1.1. La proportion de femmes qui ont bénéficié d’au moins quatre consultations anténatales pendant leur grossesse a augmenté de 10% par rapport à la base de référence.  « Couverture par les soins anténatals complets » |
| Définition | La proportion de femmes ayant une naissance vivante sur une période donnée qui ont bénéficié d’au moins quatre consultations prénatales (CPN) lors de leur dernière grossesse.  Sur la base de l'examen de l'efficacité de différents modèles de CPN, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a recommandé un modèle standard de quatre visites prénatales. Les directives de l'OMS sur le contenu des CPN comprennent les éléments suivants: examen clinique, dépistage sanguin pour détecter la syphilis et l'anémie sévère (et le VIH, le paludisme, etc. selon le contexte épidémiologique), l'estimation de l'âge gestationnel, la hauteur utérine, la tension artérielle, le poids et la taille de la mère, le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST), test d'urine, groupage sanguin et facteur rhésus, vaccination antitétanique, supplémentation en fer/acide folique et recommandations en cas d’urgences. |
| Que mesure exactement l'indicateur | Cet indicateur fournit des informations sur l'utilisation par les femmes des services CPN au niveau recommandé et peut être utilisé pour suivre les tendances de l'utilisation. De nombreux problèmes de santé rencontrés par les femmes enceintes peuvent être évités, détectés et traités pendant les visites CPN avec des agents de santé qualifiés. Des études ont révélé que les femmes qui fréquentent les services CPN sont plus susceptibles d'utiliser un personnel de santé qualifié lors de l'accouchement, les visites prénatales peuvent faciliter une meilleure utilisation des services obstétricaux d'urgence et l’utilisation des CPN est également associée à une survie périnatale améliorée (OMS, 2006; McDonagh, 1996). La couverture en CPN joue donc un rôle important dans le suivi et l'évaluation des programmes sur la survie des nouveau-nés (Graham et Filippi, 1994). |
| Unité et désagrégation | Unité: Pourcentage.  Désagrégation: selon l'âge, le lieu de résidence, le statut socioéconomique, le type de prestataire, le district, le cas échéant en fonction de la source de données. |
| Modalités de calcul | 1. Enquête auprès des ménages: Nombre de femmes ayant une naissance sur une période donnée qui ont reçu des soins prénatals quatre fois ou plus x 100 / Nombre de femmes ayant une naissance vivante au cours de la période de référence. 2. Système d'information de routine des établissements de santé: Nombre de femmes ayant une naissance vivante sur une période donnée qui ont reçu des soins prénatals quatre fois ou plus x 100 / Nombre de naissances vivantes attendues (accouchements attendus) sur la même période de référence.  Le nombre de naissances vivantes est utilisé comme indicateur proxy du nombre de femmes qui ont besoin de soins prénatals. En outre, les évaluateurs comptent généralement toutes les naissances, mais habituellement n'utilisent que des naissances vivantes pour calculer cet indicateur en raison de la difficulté d'obtenir des informations sur les mort-nés.  Lorsque les données sur le nombre de naissances vivantes ne sont pas disponibles, des approximations grossières peuvent être effectuées à l'aide des données de recensement pour la population totale et des taux de natalité bruts dans une zone spécifiée, comme suit: Nombre total de naissances attendues = population x taux brut de natalité.  Dans les cas où le taux de natalité brut est inconnu, le nombre total de naissances attendues = femme d'âge reproductif x taux général de fécondité.  Une naissance vivante est la naissance d'un fœtus après 22 semaines de grossesse ou pesant 500 g ou plus qui présente des signes de vie, une pulsation du cordon ou des battements cardiaques audibles. Ce ligne de démarcation se réfère à la période périnatale et vise à limiter la définition à des fins pragmatiques.  Il est important de noter que les deux indicateurs (niveau population et niveau établissement de santé) ne sont pas comparables. |
| Base de référence | Etude de base et étude finale par le biais d'enquêtes transversales auprès des ménages. |
| Collecte de données, sources et méthodes | Source préférée: Enquête basée sur la population (ménage): cet indicateur est le mieux calculé à partir d'une enquête, car les systèmes d'enregistrement vital font défaut dans les pays prioritaires Tdh.  Autre source possible de données: Données de routine des établissements de santé où les systèmes d'information sanitaire sont plus ou moins complets, des estimations administratives sont également possibles en prenant comme dénominateur le nombre de naissances attendues. |
| Enquête démographique: enquête transversale auprès des ménages chez les femmes de 15 à 49 ans ayant eu une naissance vivante au cours d’une période précédant l'enquête. Un échantillonnage stratifié à plusieurs degrés sera utilisé pour sélectionner les mères éligibles. L'échantillonnage des ménages sera basé sur une probabilité proportionnelle à la taille (PPT), ce qui permettrait aux villages ayant une population plus nombreuse d'avoir plus de ménages échantillonnés. Un questionnaire structuré sera utilisé pour recueillir les données sur le répondant. |
| Collecte et traitement des données: assistants suivi et évaluation (S&E) avec le soutien des responsables S&E et des chefs de projet.  Analyse et interprétation des données: chef de projet, responsables S&E avec le soutien des coordonnateurs santé, conseillers régionaux ou conseillers S&E. |
| Fréquence et calendrier | Enquêtes de population: biennales (tous les 2 ans). Les enquêtes plus fréquentes ne sont probablement pas souhaitables parce que les périodes d'enquête peuvent se chevaucher et les erreurs d'échantillonnage rendent difficile d'évaluer si de petits changements sont réels ou sont dus à des variations dus au hasard.  Sources de données de routine: un suivi mensuel, trimestriel et annuel au niveau des délégations. Rapportage au siège sur une base trimestrielle. |
| Problèmes de qualité des données | Le fait de recevoir des soins prénatals pendant la grossesse ne tient pas compte du moment des visites, des raisons de la recherche de soins, de la compétence du prestataire ou de la qualité des soins reçus et, par conséquent, ne garantit pas que les femmes ont reçu toutes les interventions recommandées et nécessaires. Cependant, au moins quatre CPN augmentent la probabilité de recevoir toute le paquet d’interventions (OMS, 2010).  Une surestimation de la couverture peut résulter suite à l'utilisation de naissances vivantes uniquement au dénominateur. En outre, les différences observées dans la couverture lors de la comparaison des données peuvent être dues non pas à des changements réels dans la couverture de toutes les grossesses, mais aux différences de taux de mortinatalité et d'avortement. Avec les enquêtes de population, des erreurs de rappel sont une source potentielle de biais étant donné que les enquêteurs demandent au répondant à propos de chaque naissance vivante pendant une laps de temps avant la naissance. Le répondant peut ou non connaitre ou se souvenir du nombre de visites, d'autant plus si ce nombre augmente.  Pour les données compilées au niveau des établissements de santé, des divergences sont possibles lors de l’enregistrant et le rapportage sur le nombre de visites et ces données diffèrent des chiffres globaux obtenus à partir des enquêtes au niveau des ménages. De plus, les données sur l'utilisation par les femmes des services CPN à partir des dossiers médicaux de routine peuvent manquer d'informations sur les grossesses se produisant en dehors du secteur public, y compris les naissances ayant lieu à domicile et le privé.  Pour que l'enregistrement soit une source de données fiables, le personnel doit remplir les données de manière cohérente et précise. Idéalement, le formulaire d'enregistrement spécifiera les normes, facilitera une cartographie précise et stimulera les actions appropriées.  Haut du formulaire  Bas du formulaire |
| Analyse et interprétation | Pour faciliter l'interprétation des indicateurs de santé maternelle, il est utile de séparer la couverture des services de santé en trois éléments:  • disponibilité des services - couverture potentielle  • l'accessibilité et l'acceptabilité des services  • utilisation des services - couverture réelle.  Les naissances assistées par du personnel qualifié et la couverture des soins prénatals sont des mesures de l'utilisation des soins de santé; Ils fournissent des informations sur la couverture réelle (la population effective qui reçoit les soins). S'ils sont analysés en conjonction avec les deux indicateurs mesurant la disponibilité des soins obstétriques, ils peuvent fournir une image plus complète de la synergie utilisation-offre. L'analyse devrait inclure les normes socioculturelles et les croyances traditionnelles ainsi que les considérations de genre (c'est-à-dire les services sensibles au genre). |
| Ressources | Sous l'assistance technique du siège, le personnel S&E de Tdh et les équipes opérationnelles de chaque délégation devraient travailler en étroite collaboration avec les autorités sanitaires pour recueillir et interpréter les données. Les pays qui manquent de personnel et / ou qui ont une capacité limitée pour mener des enquêtes auprès des ménages devraient envisager d'utiliser un consultant.  Financement nécessaire: suivi de routine, évaluation de base et évaluation finale, personnel de la délégation de S & E et soutien technique de HQ |
| Autre | Toute autre question / commentaire |